Review Paper

Psychological Effects of Meeting Between Organ Donor Families and Recipients: A Systematic Review

Shadi Norouzali[1], *Bahman Bahmani[1, 2], Manouchehr Azkhosh[1], Kianoush Abdi[3, 4], Mohammad Saeed Khanjani[1], Katayoun Najafizadeh[5, 6], Omid Ghobadi[5]

1. Department of Counselling, Faculty of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Social Welfare Management Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Rehabilitation Management, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Psychosis Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
5. Iranian Research Center of Organ Donation, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Department of Medicine, Taleghani Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Norouzali Sh, Bahmani B, Azkhosh M, Abdi K, Khanjani MS, Najafizadeh K, et al. [Psychological Effects of Meeting Between Organ Donor Families and Recipients: A Systematic Review (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2026; 32:E5293.1. http://dx.doi.org/10.22034/ijpcp.32.5293.1

http://dx.doi.org/10.22034/ijpcp.32.5293.1

Received: 13 Oct 2025
Accepted: 12 Jan 2026
Available Online: 02 Feb 2026

Key words:
Organ, Transplantation, Donation, Communication, Outcomes

ABSTRACT

Objectives Organ transplantation is a relatively new and rapidly advancing treatment method, which refers to the transfer of organs from a brain-dead person (donor) to a person in need of an organ (recipient). Organ donation or transplantation has significant psychological effects on both donor families and recipients. This study aims to systematically review the psychological effects of meetings between organ donor families and recipients.

Methods This is a systematic review following PRISMA guidelines. We searched international (Scopus, PubMed, Web of Science) and national (Magiran, Scientific Information Database (SID)) databases for relevant studies published from 1980 to December 2022. The quality of studies was assessed using the Critical Appraisal Skills Programme tool for qualitative studies, and the Newcastle–Ottawa Scale for quantitative studies. Out of 1,464 retrieved records, 7 studies met the inclusion criteria.

Results The findings revealed that meeting between donor families and recipients is a multifaceted phenomenon with both positive psychological outcomes (such as reduced ambiguity, facilitated grieving processes for donor families, and recipients' opportunities for expressing gratitude) and negative outcomes (such as emotional dependency, fear of secondary loss among donor families, and feelings of guilt among recipients). Notably, most included studies were conducted in Western countries. The protocols for such meetings remain ill-defined in many regions, and no comprehensive, evidence-based guidelines currently exist to address the psychological ramifications of these interactions.

Conclusion Establishing comprehensive guidelines for meetings between organ donor families and recipients that prioritize their confidentiality, autonomy, and informed consent is important. Given the profound influence of cultural and religious norms on psychological outcomes of such meetings, further research in Eastern countries and Muslim societies is recommended to develop culturally adapted protocols. Additionally, longitudinal studies are recommended to elucidate the long-term psychological outcomes of such meetings.

* ***Corresponding Author:***
***Bahman Bahmani, Associate Professor.**
Address: Social Welfare Management Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
Tel: +98 (21) 2280061
E-mail: ba.bahmani@uswr.ac.ir

Copyright © 2026 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Organ donation is a life-saving medical intervention performed to preserve life or improve a patient's physical condition. In this procedure, a healthy organ is removed from the body of a living person or a person with brain death or heart death, and transplanted to the body of a sick person who has a defective organ. In cases where transplantation follows death, organ donation requires the consent of the deceased person's family. Evidence suggests that organ donation may be associated with psychological outcomes for donor families, recipients, or both. Following donation, donor families may wish to obtain information about the fate of the donated organ, while recipients may seek contact with donor families to express gratitude. However, the process of communication between donor families and recipients remains unclear and poorly defined. Moreover, donation teams have different views on whether and how such contact should occur. This study aimed to systematically review the psychological effects of meetings between organ donor families and recipients.

Methods

Following PRISMA guidelines, we searched International databases (Scopus, PubMed, Web of Science) and national databases (Magiran, Scientific Information Database (SID)) for relevant studies published from 1980 to December 2022. Two independent reviewers screened the identified studies based on predefined inclusion and exclusion criteria. Studies lacking either a "meeting" component or "psychological outcomes" were excluded. Inter-rater agreement was assessed using Cohen's kappa coefficient, yielding κ=0.82 at the title/abstract screening stage and κ=0.87 at the full-text screening stage, indicating excellent agreement. Discrepancies were resolved through discussion, and when necessary, a third reviewer adjudicated.

After screening, 7 studies were included in the content analysis, and findings related to psychological outcomes of meetings between organ donor families and recipients were extracted. The quality of studies was assessed using the Critical Appraisal Skills Programme tool for qualitative studies, and the Newcastle–Ottawa Scale for quantitative studies. Overall, the included studies had acceptable quality (Table1).

Results

According to the duration between the initial potential contact and the actual meeting, the findings were classified into two primary domains:

Pre-contact phase (from awareness to meeting): Negative outcomes for donor families and and recipients

Post-contact phase: (a) Outcomes for donor families including positive outcomes (e.g., reduced ambiguity, facilitated grieving, enhanced meaning-making, and more positive attitudes toward donation) and negative outcomes (e.g., reactivation of grief, emotional dependency); (b) outcomes for recipients including positive outcomes (feeling of relief from expressing gratitude to the recipient member) and negative outcomes (e.g., guilt, anxiety about graft survival, symbolic identification with the deceased)

Table 1. Details of the selected articles

Author name (year of study)	Country	Sample Size	Study Design	Quality score
Abedi et al. (2012) [19]	Iran	5	Qualitative	7 out of 10
Pamela Albert et al. (1998) [21]	UK	3	Qualitative	9 out of 10
Pazit Azuri et al. (2013) [22]	Israel	135	Quantitative	7 out of 9
Mohammadi et al. (2012) [26]	Iran	8	Qualitative	8 out of 10
Colarusso et al. (2006) [28]	Columbia	56	Qualitative	9 out of 10
Clayville et al. (1999) [29]	Columbia	8	Qualitative	8 out of 10
Corr CA et al. (2011) [30]	USA	3	Qualitative	7 out of 10

Conclusion

This systematic review conceptualizes meeting between organ donor families and organ recipients as a complex, multifaceted phenomenon encompassing both positive and negative psychological outcomes. The findings are predominantly derived from Western countries and individualistic contexts, thereby limiting cross-cultural generalizability. In Eastern countries and Muslim societies such as Iran, these are shaped by collectivist norms and belief systems that may significantly influence how such a meeting is perceived and experienced. In these settings, implicit or explicit social expectations to initiate or maintain communication may emerge, potentially leading to psychological outcomes that differ from those observed in Western contexts. These considerations underscore the necessity of culturally sensitive research and the development of context-specific, supplementary guidelines.

Most reviewed studies were cross-sectional and short-term. The psychological impact of meeting between organ donor families and organ recipients is inherently dynamic, as grief processing, adaptation to the organ, and interpersonal relationships evolve over time. However, longitudinal data remain scarce, indicating a critical gap in understanding long-term and delayed effects. Therefore, future studies should use longitudinal designs to better capture these long-term effects.

Methodologically, both qualitative and quantitative approaches were employed in the reviewed studies. While qualitative studies provide in-depth insights and quantitative studies enhance generalizability, mixed-methods designs with larger samples are needed.

Organ donation regulations vary across countries. For example, in some jurisdictions, cross-border organ donation is permitted, which may influence the contact process. Contact guidelines should be based on the principles of protection, confidentiality, autonomy, and informed choice for both donor families and recipients. Because cultural differences can affect psychological outcomes, each country should develop culturally adapted, context-specific protocols while adhering to general international principles.

Prior to initiating a meeting, a comprehensive assessment of both parties (donor families and recipients) should be conducted, including evaluation of grief status, mental health, and expectations regarding contact. In cases of significant psychological vulnerability, the meeting should be postponed or conducted with appropriate professional support. Specialized training for donation and transplant teams, along with collaboration with rehabilitation counseling professionals, may improve mediation processes and reduce negative outcomes. Individuals seeking a meeting should receive education regarding potential positive and negative outcomes, boundaries, privacy, realistic expectations, and the recipient's independent identity. Overall, contact between organ donor families and organ recipients should not be universally recommended, and evidence-based, culturally adapted guidelines that prioritize the psychological well-being of both parties are essential.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (Code: IR.USWR.REC.1401.174).

Funding

This article was extracted from a doctoral dissertation of Shadi Norouzali, funded by the Social Welfare Management Research Center of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

Authors contributions

Conceptualization: Shadi Norouzali, Bahman Bahmani, Manouchehr Azkhosh; Methodology: Shadi Norouzali, Kianoush Abdi, Mohammad Saeed Khanjani; Data analysis: Shadi Norouzali, Bahman Bahmani, Kianoush Abdi, Katayoun Najafizadeh, Omid Ghobadi; Initial draft preparation: Shadi Norouzali, Bahman Bahmani, Mohammad Saeed Khanjani; Review & editing: Kianoush Abdi, Katayoun Najafizadeh, Omid Ghobadi; Supervision: Bahman Bahmani; All authors read and approved the final version of the manuscript.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

مقاله مروری

ملاقات بین خانواده‌های اهداکننده عضو و دریافت‌کنندگان: یک مرور نظام‌مند از پیامدهای روان‌شناختی

شادی نوروزعلی[۱]، *بهمن بهمنی[۱،۲]، منوچهر ازخوش[۱]، کیانوش عبدی[۳،۴]، محمدسعید خانجانی[۱]، کتایون نجفی‌زاده[۵،۶]، امید قبادی[۵]

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، پژوهشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۳. گروه مدیریت توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۵. مرکز تحقیقات اهدای عضو ایرانیان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۶. گروه پزشکی، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Norouzali Sh, Bahmani B, Azkhosh M, Abdi K, Khanjani MS, Najafizadeh K, et al. [Psychological Effects of Meeting Between Organ Donor Families and Recipients: A Systematic Review (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2026; 32:E5293.1. http://dx.doi.org/10.22034/ijpcp.32.5293.1

doi http://dx.doi.org/10.22034/ijpcp.32.5293.1

تاریخ دریافت: ۲۱ مهر ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۲۲ دی ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۱۳ بهمن ۱۴۰۴

چکیده

اهداف اهدای عضو روش درمانی نسبتاً جدید و به‌سرعت در حال پیشرفت است که در طی آن بعضی از اعضای بدن فردی که دچار مرگ مغزی شده، به فرد نیازمند عضو، پیوند می‌خورد. اهدای عضو هم در خانواده‌های اهداکننده و هم در افراد گیرنده، پیامدهای روان‌شناختی دارد. هدف از این مطالعه، مرور پیامدهای روان‌شناختی ملاقات بین خانواده فرد اهداکننده با دریافت‌کننده عضو است.

مواد و روش‌ها این مطالعه یک مرور نظام‌مند است که براساس استانداردهای دستورالعمل پریزما انجام شد. به‌منظور دسترسی به مطالعات، مطالعه حاضر با جست‌وجو به‌صورت مروری در متون موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی وب‌آوساینس، پابمد و اسکوپوس و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی شامل مگیران و پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی از سال ۱۹۸۰ تا پایان دسامبر ۲۰۲۲ انجام گردید.

یافته‌ها از مجموع ۱۴۶۴ مقاله، تعداد ۷ مقاله که با معیارهای شمول همساز بود، مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد تماس میان اهداکنندگان و گیرندگان عضو، پدیده‌ای با پیامدهای روان‌شناختی مثبت (کاهش ابهام، تسهیل سوگواری برای خانواده اهداکننده و امکان قدردانی برای گیرنده عضو)، و منفی (وابستگی، ترس از دست دادن عضو اهداشده (ازطریق پس زدن پیوند یا فوت گیرنده) برای خانواده اهداکننده، و احساس گناه برای گیرنده عضو) است. بیشتر مقاله‌های واردشده به این مطالعه مربوط به کشورهای غربی است. علاوه‌بر آن بررسی مقالات نشان داد روند ارتباط دو خانواده اهداکننده و گیرنده عضو، در اکثر نقاط جهان، مجهول و نامشخص است و دستورالعمل متناسب با پیامدهای تماس خانواده‌های اهداکننده و افراد گیرنده وجود ندارد.

نتیجه‌گیری طراحی یک دستورالعمل جامع تماس که متضمن محرمانه بودن، حفظ استقلال و انتخاب آگاهانه برای برقراری تماس بین خانواده‌های اهداکننده و گیرنده اندام باشد، ضروری است. باتوجه‌به تأثیر تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی در پیامدهای روان‌شناختی، انجام مطالعات بیشتر در کشورهای شرقی و مذهبی برای طراحی دستورالعمل‌های تماس بومی‌سازی‌شده، توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های طولی، برای بررسی پیامدهای روان‌شناختی بلندمدت انجام شود.

کلیدواژه‌ها:
پیوند، عضو، اهدا، ملاقات، پیامد

* **نویسنده مسئول:**
دکتر بهمن بهمنی
نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، پژوهشکده سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی.
تلفن: ۲۲۸۰۰۶۱ (۲۱) ۹۸+
پست الکترونیکی: ba.bahmani@uswr.ac.ir

Copyright © 2026 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

پیوند عضو[1] یکی از روش‌های درمانی پزشکی است که بـــرای حفظ حیات یا بهبود شرایط جسمی بیمار، انجام می‌گیرد، و در طی آن اندام یا عضوی سالم از بدن یک فرد زنده، فرد دچار مرگ مغزی[2]، و یا از بدن فرد دچار مرگ قلبی[3] برداشته شده و به بدن فرد بیماری که دارای عضو معیوب است، پیوند زده می‌شود [۱-۶]. پیوند عضو از روش‌های درمانی پزشکی است که بـــرای حفظ حیات یا بهبود شرایط جسمی انجام می‌شود. بعضی از اندام یا بافت‌ها مانند کلیه، قسمتی از کبد، پوست، مغز استخوان را می‌توان از اهداکننده زنده نیز دریافت کرد و برخی دیگر مانند غضروف‌ها و تاندون‌ها را می‌توان از بدن فرد دچار مرگ قلبی گرفت، اما مهم‌ترین منبع تأمین عضو پیوندی، بدن فرد دچار مرگ مغزی است [۵، ۷-۹].

این روش درمانی در بسیاری ازکشورهای دنیا در حال انجام است و به‌سرعت تقاضا برای آن در حال افزایش است [۱۰-۱۳]. در مواردی که این روش درمانی به دنبال هریک از مرگ مغزی و یا مرگ قلبی یک فرد انجام می‌گیرد، اهدا عضو باید با رضایت خانواده فرد متوفی انجام شود [۵، ۹، ۱۰، ۱۴]. گزارش‌ها نشان داده‌اند اهدا عضو، می‌تواند در خانواده‌های اهداکننده عضو، در افراد گیرنده عضو و گاه در هر دو، با پیامدهای روان‌شناختی همراه باشد [۱۵-۱۸]. پس از اهدای عضو، خانواده‌های بیماران مرگ مغزی که برای اهـدای عضو عزیزشان رضایت دادند، ممکن است تمایل داشته باشند با فرد گیرنده عضو، ارتباط داشته باشند و از سرنوشت اندام اهدایی مطلع شوند [۱۹-۲۵].

دریافت‌کنندگان پیوند نیز ممکن است تمایل داشته باشند بخاطر قدردانی از خانواده فرد اهداکننده، بخواهند با آن‌ها تماس برقرار کنند [۱۹، ۲۲، ۲۶]، اما مسئله قابل‌توجه این اسـت کـه بـه‌طـور معمول، رونـد ارتباط دو خانواده اهداکننـده و گیرنـده عضـو، در اکثـر نقـاط جهان، مجهول و نامشخص اسـت [۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۷].

تیم اهدا عضو نیز در مورد تماس خانواده‌های اهداکننده و افراد گیرنده و چگونگی آن، اختلاف‌نظرهایی دارند [۱۵-۱۷]؛ و با این چالش اساسی مواجه هستند که «آیا تماس خانواده‌های اهداکننده و افراد گیرنده عضو، به فرآیندهای سازگاری و مقابله روان‌شناختی کمک می‌کند یا مانع آن می‌شود [۵، ۱۲، ۱۶-۱۸].» این مطالعه، با هدف مرور پیامدهای روان‌شناختی ملاقات بین خانواده اهداکننده با دریافت‌کننده عضو انجام شده است.

1. Organ transplantation
2. Brain death
3. Heart death

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مرور نظام‌مند[4] است که با هدف بررسی پیامدهای روان‌شناختی ملاقات خانواده فرد اهداکننده با دریافت‌کننده عضو و خانواده او، و براساس معیارهای مرور اسناد و منابع و جست‌وجوی نظام‌مند موسوم به پریزما[5]، انجام شد.

روش جست‌وجو

استراتژی این مطالعه براساس معیارهای مرور اسناد و منابع و جست‌وجوی نظام‌مند غربالگری و انتخاب داده‌ها براساس پریزما انجام شد. پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی شامل اسکوپوس[6]، پابمد[7]، وب‌آوساینس[8] و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی شامل و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی شامل مگیران[9] و پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی[10] و مورد بررسی قرار گرفت.

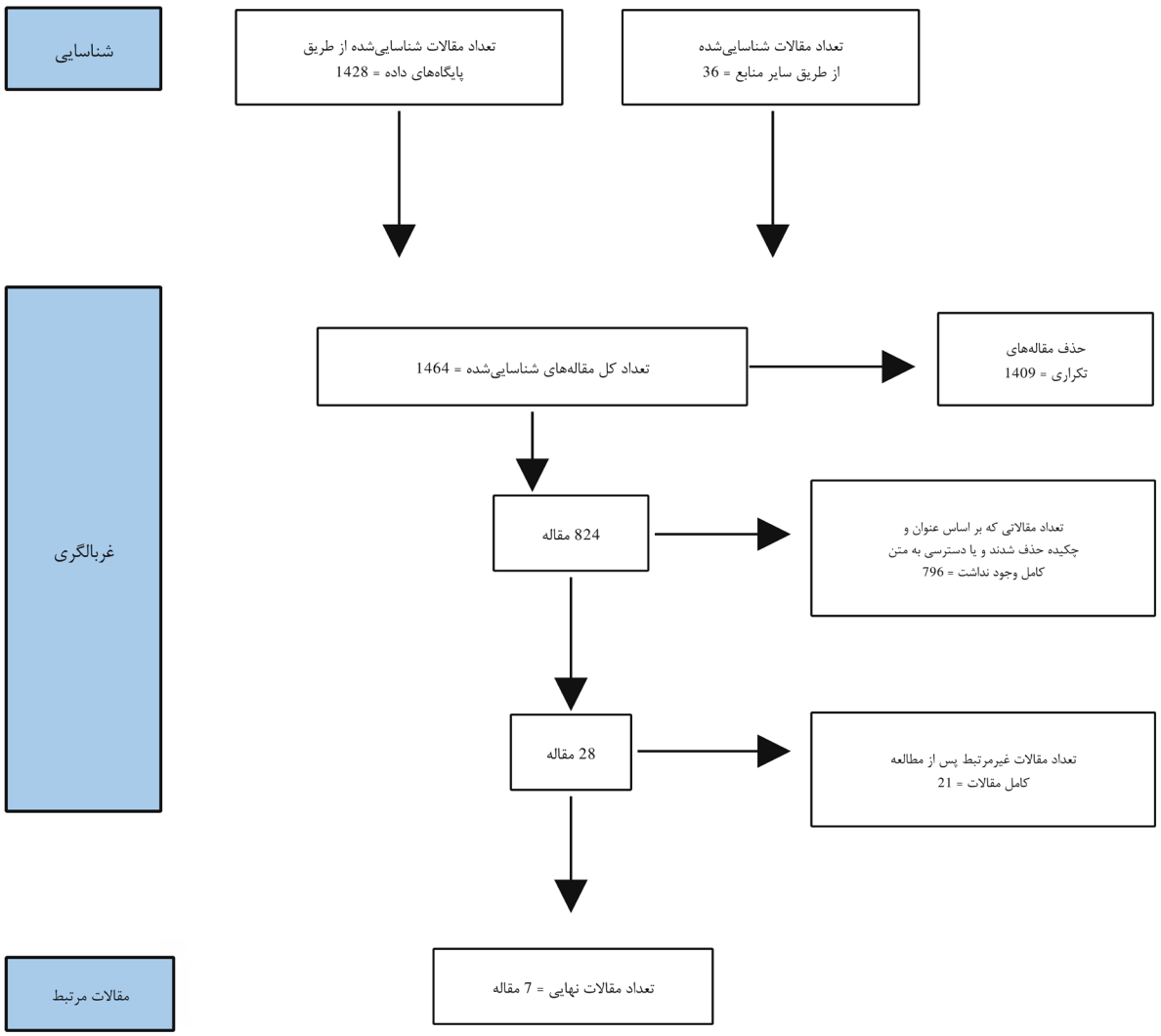
محدوده زمانی موردبررسی نیز مربوط به مقالات منتشرشده از سال ۱۹۸۰ تا پایان دسامبر ۲۰۲۲ است. دو نفر به‌طور مستقل مقاله‌های یافت‌شده را براساس معیارهای ورود ازپیش‌تعیین‌شده و استراتژی جست‌وجو، ارزیابی کردند. در مرحله غربالگری اولیه، دو پژوهشگر به‌طور مستقل عناوین و چکیده مقالات را براساس معیارهای ورود و خروج ازپیش‌تعیین‌شده بررسی کردند. هدف این مرحله شناسایی مطالعات مرتبط با موضوع تماس میان خانواده اهداکننده و گیرنده عضو و پیامدهای روان‌شناختی آن بود. مقالاتی که به‌طور آشکار فاقد مؤلفه «برقراری تماس» یا «پیامد روان‌شناختی» بودند، بدون ورود به مرحله بررسی متن کامل، در همین مرحله حذف شدند. در موارد اختلاف‌نظر، تصمیم نهایی با بحث و توافق مشترک اتخاذ شد. استراتژی جست‌وجو پایگاه‌های اطلاعاتی به شرح زیر می‌باشد:

محدوده زمانی موردبررسی نیز مربوط به مقالات منتشرشده بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۲۲ است . دو نفر به‌طور مستقل استنادهای بازیابی‌شده را براساس معیارهای ورود ازپیش‌تعیین‌شده در دو مرحله غربالگری، ارزیابی کردند. مراحل جست‌وجو و فرایند انتخاب مقالات در تصویر شماره ۱ نشان داده شده است.

معیارهای ورود

مطالعاتی وارد مطالعه شدند که تمامی شرایط زیر را دارا بودند:

4. systematic review
5. PRISMA
6. Scopus
7. Pubmed
8. Web Of Science
9. Magiran
10. Scientific Information Database (SID)



تصویر ۱. جریان جست‌وجوی مطالعات براساس چک‌لیست PRISMA

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جمعیت موردمطالعه

خانواده‌های اهداکننده عضو (اهدا از فرد دچار مرگ مغزی یا مرگ قلبی) و یا گیرندگان عضو

نوع تماس

هرگونه تماس مستقیم (ملاقات حضوری، تماس تلفنی) یا غیرمستقیم (مکاتبه، نامه‌نگاری رسمی از طریق سازمان‌های پیوند) میان خانواده اهداکننده و گیرنده عضو.

پیامد موردبررسی

گزارش صریح حداقل یک پیامد روان‌شناختی مرتبط با تماس، ازجمله هیجانات، واکنش‌های عاطفی، تجارب شناختی، سازگاری روانی، سوگ، احساس گناه، اضطراب، رضایت، آرامش یا تغییر در کیفیت زندگی. (در این مطالعه، «پیامدهای روان‌شناختی» به‌عنوان هرگونه تغییر یا تجربه عاطفی، شناختی یا رفتاری گزارش‌شده در نتیجه تماس تعریف شد.)

نوع مطالعه

مطالعات کیفی، کمی یا ترکیبی منتشرشده در مجلات دارای نمایه معتبر.

زبان

مقالات منتشرشده به زبان انگلیسی.

بازه زمانی

منتشرشده بین سال‌های ۱۹۸۰ تا دسامبر ۲۰۲۲.

معیارهای خروج

مطالعات در صورت داشتن هریک از شرایط زیر حذف شدند:

۱. تمرکز براهداکننده زنده

۲. پرداختن به تجربه اهدا یا پیوند بدون اشاره به تماس یا ارتباط بین دو خانواده

۳. عدم دسترسی به متن کامل مقاله

۴. مطالعاتی که صرفاً به جنبه‌های پزشکی، جراحی یا حقوقی پرداخته و فاقد داده روان‌شناختی بودند

۵. مقالات چاپ‌شده به زبان‌های غیرانگلیسی

بدین‌ترتیب در مرحله اول، جست‌وجو و بازیابی مقالات صورت گرفت. در جست‌وجوی اولیه، ۱۴۶۴ مقاله یافت شد. (پابمد=۱۳۰، اسکوپوس= ۱۱۴۳، وب‌آوساینس=۱۵۱، مگیران=۲ و پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی=۲ (جدول شماره ۱). همچنین تعداد ۳۶ از طریق سایر منابع یافت شد.

فرایند انتخاب مطالعات

مرحله اول(حذف موارد تکراری)

پس از ادغام نتایج جست‌وجو در پایگاه‌های داده، مقالات تکراری بر اساس عنوان، نویسندگان و سال انتشار حذف شدند. پس از حذف ۴۱۲ رکورد تکراری، ۱۰۸۸ مقاله برای غربالگری عنوان و چکیده باقی ماند.

مرحله دوم (غربالگری عنوان و چکیده)

دو پژوهشگر به‌صورت مستقل عناوین و چکیده‌ها را براساس معیارهای ورود و خروج بررسی کردند. مقالاتی که به‌وضوح فاقد مؤلفه «تماس» یا «پیامد روان‌شناختی» بودند، در این مرحله حذف شدند. در مرحله غربالگری عنوان و چکیده، ۱۰۶۰ مقاله به دلایل عدم ارتباط با موضوع تماس بین خانواده اهداکننده و گیرنده (n=۷۴۲)، تمرکز صرف بر جنبه‌های پزشکی یا جراحی پیوند (n=۱۸۸)، بررسی اهداکننده زنده (n=۷۹)، مقالات مروری یا نامه به سردبیر (n=۵۱) حذف شدند و ۲۸ مقاله باقی ماند.

مرحله سوم (بررسی متن کامل)

در این مرحله، متن کامل ۲۸ مقاله باقی‌مانده توسط دو پژوهشگر به‌طور مستقل ارزیابی شد. در صورتی که در متن کامل مشخص می‌شد مطالعه فاقد داده مرتبط با پیامدهای روان‌شناختی تماس است، حذف می‌گردید. در این مرحله ۲۱ مقاله ازمجموع ۲۸ مقاله، به دلایل عدم گزارش پیامدهای روان‌شناختی تماس (n=۹)، تمرکز بر تجربه پیوند بدون اشاره به تماس بین دو خانواده (n=۵)، عدم دسترسی به متن کامل (n=۴)، زبان غیرانگلیسی (n=۲)، گزارش موردی فاقد تحلیل نظام‌مند (n=۱)غیرمرتبط تشخیص داده شده و حذف شد، و در پایان ۷ مقاله مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱. استراتژی جست‌وجو پایگاه‌های داده‌ها

پایگاه داده‌ها	استراتژی جست‌وجو	نتایج
پابمد	((“organ recipient*”[Title/Abstract] OR “transplant recipient*”[Title/Abstract] OR “organ donor famil*”[Title/Abstract] OR “donor* famil*”[Title/Abstract] OR “family of a cadaver organ donor”[Title/Abstract] OR “organ donation”[Title/Abstract] OR “organ transplantation”[Title/Abstract]) AND (Contact[Title/Abstract] OR Interaction[Title/Abstract] OR meet[Title/Abstract] OR communication[Title/Abstract] OR relationship[Title/Abstract])) AND (psycholog*[Title/Abstract] OR “emotional experience”[Title/Abstract] OR “psychological Consequence*”[Title/Abstract])	۱۳۰
وب‌آوساینس	AB=(psycholog* OR “emotional experience” OR “psychological Consequence*”) AND AB=(Contact OR Interaction OR meet OR communication OR relationship) AND AB=(“organ recipient*” OR “transplant recipient*” OR “organ donor famil*” OR “donor* famil*” OR “family of a cadaver organ donor” OR “organ donation” or “organ transplantation”)	۱۵۳
اسکوپوس	(TITLE-ABS-KEY (“organ recipient*” OR “transplant recipient*” OR “organ donor famil*” OR “donor* famil*” OR “family of a cadaver organ donor” OR “organ donation” OR “organ transplantation”) AND TITLE-ABS-KEY (contact OR interaction OR meet OR communication OR relationship) AND TITLE-ABS-KEY (psycholog* OR “emotional experience” OR “psychological Consequence*”)	۱۱۴۵

جدول ۲. جزئیات ۷ مقاله نهایی یافت‌شده

نویسنده	نام نشریه و شماره	تعداد نمونه	نوع مطالعه و روش کار	هدف
عابدی و همکاران [۱۹] ۲۰۱۲ ایران	پژوهش دانش در روان‌شناسی کاربردی[۵] جلد ۱۳	۵	روش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی نمونه‌گیری هدفمند مصاحبه عمیق بدون ساختار	تبیین تجربه خانواده‌های بیماران مرگ مغزی از ارتباط و آشنایی با خانواده و فرد گیرنده عضو
پاملا آلبرت و همکاران [۲۱] ۱۹۹۸ انگلیس	هماهنگی پیوند[۱] جلد ۸	۳	مصاحبه کیفی تماس خانواده‌ها و گیرنده از طریق نامه کتبی و یا دیدار حضوری و پیگیری تجربه آن‌ها از طریق تماس تلفنی یا گزارش کتبی	بررسی تجربه ۵ ساله یک سازمان تهیه اعضای بدن در رابطه با تماس مستقیم بین خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان
پازیت آزوری و همکاران [۲۲] ۲۰۱۳ اسرائیل	پیشرفت‌ها در پیوند[۷] جلد ۲۳	۷۵ گیرنده عضو و ۶۰ عضو خانواده اهداکننده	مطالعه کمی ابزار، پرسش‌نامه ساختاریافته شامل ۳۰ آیتم	بررسی مزایا و معایب تماس خانواده‌های اهداکننده و افراد گیرنده عضو
محمدی و همکاران [۲۶] ۲۰۱۲ ایران	پژوهش کیفی در علوم سلامت[۶] جلد ۴	۸	روش تحقیق کیفی با رویکرد پدیدارشناسی مصاحبه بدون ساختار و عمیق	بررسی تجارب روحی و روانی بیماران پیوندشده از ارتباط با خانواده‌های بیماران مرگ مغزی اهداکننده عضو به آن‌ها
کولاروسو و همکاران [۲۸] ۲۰۰۶ کلمبیا	پیشرفت‌ها در پیوند[۳] جلد ۱۶	۵۶ نامه	مطالعه کیفی استفاده از بسته‌های مکتوب (نامه) ارسالی توسط انجمن پیشبرد پیوند و تحلیل متن مکاتبه کشور کلمبیا به‌عنوان بستری برای برقرار سازوکار دریافت بازخورد از اهداکنندگان	درخواست ارزیابی بازخورد تماس و تسهیل تماسبین خانواده‌های اهداکننده و افراد گیرنده عضو
کلی‌ویل و همکاران [۲۹] ۱۹۹۹ کلمبیا	هماهنگی پیوند[۲] جلد ۹	۸	مطالعه کیفی داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد.	تأثیر ملاقات گیرنده عضو بر زندگی خانواده‌های اهداکننده
کر سی ای و همکاران [۳۰] ۲۰۱۱ آمریکا	پیشرفت‌ها در پیوند[۴] جلد ۲۱	۳	Case Study مصاحبه کیفی	بررسی ماهیت تجربه سوگ دوباره (غیرقابل‌استفاده بودن عضو، فوت گیرنده، یا پس زدن پیوند) واکنش خانواده‌های اهداکننده و دلایل رخ دادن آن‌ها

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

1. Journal of Transplant Coordination. Vol.8
2. Transplant Coordination. Vol.9
3. Progress in Transplantation. Vol.16
4. Progress in transplantation (Aliso Viejo, Calif.). Vol.21
5. Knowledge Research in Applied Psychology. Vol.13
6. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. Vol.4
7. Progress in Transplantation. Vol.23

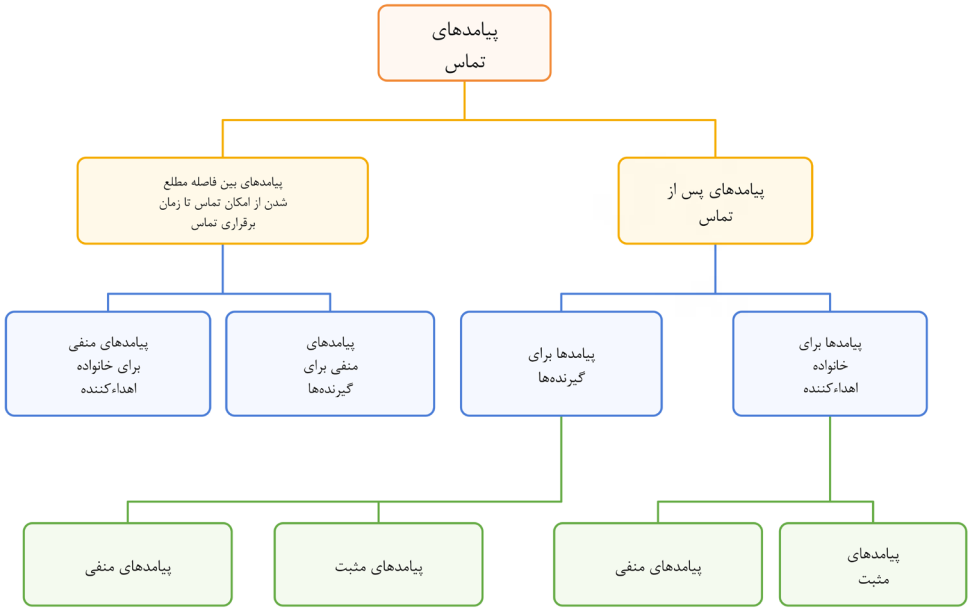
برای مدیریت اختلاف نظر، در هر مرحله، نتایج ارزیابی دو پژوهشگر مقایسه شد. برای سنجش میزان توافق بین ارزیابان، ضریب کاپای کوهن[11] محاسبه شد. میزان توافق در مرحله غربالگری عنوان و چکیده برابر با K=۰/۸۲ و در مرحله بررسی متن کامل برابر با K=۰/۸۷ بود که نشان‌دهنده توافق بسیار خوب بین ارزیابان است. در موارد اختلاف، ابتدا از طریق بحث علمی به توافق رسیدند. در صورت تداوم اختلاف، نظر پژوهشگر سوم به‌عنوان داور نهایی ملاک تصمیم‌گیری قرار گرفت. فرایند انتخاب مطالعات مطابق با دستورالعمل‌های گزارش‌دهی پریزما انجام شد و تمامی مراحل مستندسازی گردید. جزئیات ۷ مقاله نهایی یافت‌شده در جدول شماره ۲ درج شده است.

پس از مراحل غربالگری، ۷ مقاله از ۱۴۶۴ مقاله وارد تحلیل محتوا شده و یافته‌های مربوط به پیامدهای روان‌شناختی تماس «خانواده فرد اهداکننده» با «دریافت‌کننده عضو» استخراج شد.

برای ارزیابی کیفیت مطالعات، مطالعات کیفی با استفاده از ابزار برنامه مهارت‌های ارزیابی انتقادی[12] (CASP) و کیفیت مطالعات کمی با مقیاس مقیاس نیوکاسل-اتاوا[13] (NOS) رزیابی شد. کیفیت این ابزار شامل ۱۰ سؤال در حوزه‌های اهداف پژوهش، تناسب روش‌شناسی، طراحی پژوهش، روش نمونه‌گیری، جمع‌آوری داده‌ها، ملاحظات اخلاقی، تحلیل داده‌ها، شفافیت یافته‌ها و ارزش پژوهش است.

11. Cohen's Kappa

12. Critical Appraisal Skills Programme (CASP)
13. Newcastle-Ottawa Scale (NOS)



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

تصویر ۲. نقشه پیامدهای روان‌شناختی تماس خانواده‌های اهداکننده و افراد گیرنده عضو

برای مطالعه کمی واردشده به مرور حاضر، از مقیاس (NOS) ویژه مطالعات مشاهده‌ای استفاده شد. این ابزار کیفیت مطالعات را در سه حوزه انتخاب نمونه، مقایسه‌پذیری و سنجش پیامد ارزیابی می‌کند. مطالعه کمی واردشده نیز براساس مقیاس New-castle–Ottawa، امتیاز ۷ از ۹ را کسب کرد که نشان‌دهنده کیفیت قابل‌قبول آن است. محدودیت اصلی این مطالعه، نبود گروه مقایسه‌ای و اتکا به ابزار خودگزارشی بود (جدول شماره ۳).

در مجموع، کیفیت مطالعات واردشده مطلوب ارزیابی شد و شواهد موجود از نظر روش‌شناختی قابل‌قبول بود.

یافته‌ها

از میان ۱۴۶۴ مقاله شناسایی‌شده، ۷ مطالعه وارد تحلیل نهایی شدند و داده‌های مرتبط با پیامدهای روان‌شناختی تماس میان «خانواده اهداکننده» و «گیرنده عضو» استخراج و بررسی شد.

باتوجه‌به فاصله زمانی که بین زمان آگاهی از هویت متقابل گیرنده عضو و اهداکننده اندام تا زمان برقراری تماس (حضوری یا غیرحضوری) آن‌ها وجود دارد، نتایج به‌دست‌آمده به دو دسته اصلی تقسیم شد (هرکدام از این دسته‌ها به زیرشاخه‌هایی تقسیم می‌شوند) (تصویر شماره ۲):

پیامدها

پیامدهای تجربه‌شده در فاصله زمانی آگاهی از امکان تماس تا زمان برقراری تماس:

پیامدهای منفی تجربه‌شده برای خانواده اهداکننده در فاصله زمانی آگاهی از اینکه تماس به زودی صورت می‌گیرد:

– ترس از اینکه نتوانند به‌درستی درد خود و احساسی که دارند را بیان کنند [۲۰].

– دردناک بودن فکر کردن به اینکه بخشی از فرد فوت‌شده در اتاق خواهد بود [۲۰].

پیامدهای منفی تجربه‌شده برای دریافت‌کننده در فاصله زمانی آگاهی از اینکه تماس به زودی صورت می‌گیرد:

– ترس از اینکه در طی تماس کاری نامناسب انجام دهند یاحرف نامناسب بزنند [۲۰].

– ترس از اینکه در طی تماس، خانواده اهداکننده از سلامت دریافت‌کننده غمگین یا رنجیده شوند (دچار حسرت نبود عزیز خود شود) [۲۰].

– ترس از اینکه در طی تماس نتوانند احساسات خود را کنترل کنند [۲۰].

– ترس از اینکه خانواده اهداکننده، گیرنده را شایسته دریافت عضو ندانند [۲۰].

پیامدهای پس از تماس

پیامدهای بعد از تماس برای خانواده اهداکننده

پیامدهای مثبت برای خانواده اهداکننده پس از تماس

– احساس رضایت از تصمیم اهدای عضو پس از مشاهده خوب بودن حال گیرنده‌ها و نجات آن‌ها [۱۹، ۲۲، ۲۸].

- کمتر شدن احساس تنهایی [۱۹].

- تجربه احساس آرامش [۲۰، ۲۲].

- احساس افتخار [۲۰].

- تقویت باور درست بودن تصمیم اهدا(رفع تردید) [۲۰، ۲۲، ۲۹].

- احساس خوب ناشی از برقراری تماس شخصی با گیرنده عضو [۲۲].

- احساس خوب ناشی از این تصور که انگار «اهداکننده عضو «(مرحوم)، در «گیرنده» زنده است [۲۲].

- ارضای کنجکاوی در مورد هویت گیرنده و شرایط فعلی او [۲۲].

- مرتبط کردن «مرگ» با «زندگی» پس از آنکه گیرنده عضو از خانواده اهداکننده عضو تشکر کرد [۲۲].

- کمک به مدیریت رنج از دست دادن عزیز و تأثیر مثبت بر روند سوگواری (پایان یا تسکین غم و اندوه، شفا، پایان کابوس‌ها، تسهیل برون‌ریزی و گریه و سوگواری) [۲۹].

- خوشحالی از حال خوبی که خانواده گیرنده دارد [۲۹].

- ایجاد دوستی‌های جدید و ایجاد یک ساختار حمایت‌کننده برای یکدیگر و دریافت حمایت عاطفی از طرف گیرندگان و خانواده‌هایشان [۲۹].

- همکاری در ترویج برنامه‌ها و سیاست‌های اهدای عضو [۲۹].

- افزایش کیفیت زندگی [۲۹].

- پیدا کردن کسی که بتواند در مورد فرد از دست داده‌شده با اوصحبت کند (لذت زنده کردن دوباره زندگی) [۲۹].

- رضایت برای از دست ندادن دو نفر(اگر اهدا انجام نمی‌شد، علاوه‌بر عزیز خودم، گیرنده هم فوت می‌شد) [۲۹].

پیامدهای منفی برای خانواده اهداکننده پس از تماس

- نگرانی از پس زدن پیوند (باتوجه‌به ارتباط داشتن با گیرنده، اطلاع پیدا کرده بودند که گیرنده به‌خاطر تصمیم بچه‌دار شدن، طبق نظر پزشک، داروهای پیوند را کم کرده است) [۱۹].

- زنده شدن خاطره رویداد مرگ، پس از ملاقات با گیرنده (فلاش بک) [۲۰].

- ناراحتی از اینکه بهای زندگی گیرنده، مرگ عزیز آن‌ها بوده [۲۲].

- ناامیدی ناشی از ناهمسازی واقعیت با انتظارات ذهنی خانواده اهداکننده عضو از مشخصات فردی (سن، جنسیت، و غیره) گیرنده [۲۲].

- تازه شدن مجدد احساس ازدست دادن و سوگواری [۲۲].

- سوگ مجدد خانواده اهداکننده ناشی از اطلاع مرگ گیرنده عضو [۳۰].

- احساس رنجش خانواده اهداکننده به‌خاطر نارضایتی ناشی از ملاقات با گیرنده سالمی که با آن‌ها تفاوت‌های مذهبی و اجتماعی دارد [۲۰].

پیامدهای بعد از تماس برای گیرنده‌ها

پیامدهای مثبت برای گیرنده‌ها پس از تماس

-احساس آرامش ناشی از ابراز تشکر دریافت‌کننده عضو [۲۰].

پیامدهای منفی برای گیرنده‌ها پس از تماس

-ترس از اینکه خانواده اهداکننده ترجیح می‌دادند اعضای عزیزشان به یک فرد جوان‌تر اهدا شده باشد [۲۰].

-احساس ناراحتی گیرندگان از دخالت بیش از حد خانواده اهداکننده در زندگی خود [۲۰].

- احساس ناراحتی گیرندگان از دیدن خانواده اهداکننده در وضعیت سوگ [۲۲].

-احساس گناه گیرنده به‌دلیل زنده ماندن به قیمت از دست رفتن خویشاوند خانواده اهداکننده [۲۲].

-احساس بار عاطفی سنگین [۲۲].

-پشیمان شدن گیرنده عضو از ارتباط با خانواده اهداکننده به‌دلیل مواجهه با غم و ناراحتی خانواده اهداکننده [۲۶].

-اضطراب به‌دلیل دریافت اطلاعات غیرضروری [۲۶].

- احساس اضطراب مکرر در موارد تکرار تماس یا استرس پس از حادثه [۲۶].

-درگیری فکری گیرنده با خود [۲۶].

-افزایش فشار خون مرتبط با استرس [۲۶].

بحث

بررسی مطالعات نشان می‌دهد تماس میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو، واجد پیامدهای مثبت و منفی است [۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۰]. برای برخی خانواده‌های اهداکننده، باقی ماندن عضوی از عزیز ازدست‌رفته در بدن فردی دیگر می‌تواند نوعی «سوگ ناتمام» ایجاد کند و ملاقات با گیرنده به تکمیل فرایند سوگواری، کاهش ابهام و اطمینان از درستی تصمیم اهدا در شرایط بحرانی کمک کند [۲۹، ۳۱]، امری که

جدول ۳. نتایج ارزیابی کیفیت مقالات واردشده به مطالعه

نویسنده	نوع مطالعه	ابزار ارزیابی کیفیت	امتیاز
عابدی و همکاران، ۲۰۱۲ [۱۹]	کیفی	CASP	۷/۱۰
پاملا آلبرت و همکاران، ۱۹۹۸ [۲۱]	کیفی	CASP	۹/۱۰
پازیت آزوری و همکاران، ۲۰۱۳ [۲۲]	کمی	NOS	۷/۹
محمدی و همکاران، ۲۰۱۲ [۲۶]	کیفی	CASP	۸/۱۰
کولاروسو و همکاران، ۲۰۰۶ [۲۸]	کیفی	CASP	۹/۱۰
کلی‌ویل و همکاران، ۱۹۹۹ [۲۹]	کیفی	CASP	۸/۱۰
کر سی ای و همکاران، ۲۰۱۱ [۳۰]	کیفی (Case Study)	CASP	۷/۱۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

گاه به تقویت نگرش مثبت نسبت به اهدای عضو نیز می‌انجامد. بااین‌حال، تماس در برخی موارد می‌تواند به شکل‌گیری وابستگی جدید، جایگزینی نمادین گیرنده با فرد متوفی، یا حتی احساس مالکیت نسبت به عضو اهداشده منجر شود. چنین وضعیتی ممکن است به دخالت‌های ناخواسته در زندگی گیرنده بینجامد که برای او و خانواده‌اش ناخوشایند است. همچنین برای برخی خانواده‌های اهداکننده، تماس با گیرنده نگرانی‌های تازه‌ای مانند ترس از پس‌زدن پیوند یا از دست دادن گیرنده ایجاد می‌کند و در صورت فوت گیرنده، تجربه سوگ مجدد گزارش شده است [۳۰].

همه تماس‌ها با تمایل حداقل یکی از طرفین شکل گرفته و گاه دو طرف آن را حق مسلم خود دانسته‌اند. با بررسی پیامدهای مثبت تماس‌ها، به نظر می‌رسد تمایل به تماس در موارد بسیاری متأثر از چند نیاز و باور زیربنایی‌تر می‌باشد. انگیزه‌های خانواده‌های اهداکننده شامل کاهش تنهایی، نیاز به همدلی، اطمینان از موفقیت پیوند، مشاهده ثمرات اهدا، ارتباط نمادین با بخشی از وجود متوفی و کنجکاوی درباره گیرنده است. برای گیرندگان نیز قدردانی و گاه کنجکاوی درباره اهداکننده از دلایل اصلی تمایل به تماس بوده است. در برخی گیرندگان، امکان ابراز قدردانی از خانواده اهداکننده، موجب آرامش و احساس معنا می‌شود، اما در مواردی نیز احساس گناه از «زنده ماندن به‌جای دیگری» تجربه شده است [۲۶، ۳۲]. حتی در فاصله اطلاع از امکان تماس تا برقراری آن، برخی افراد اضطراب و نگرانی درباره نحوه مواجهه و واکنش‌های هیجانی خود را تجربه کرده‌اند [۲۰].

یک یافته قابل‌توجه این بود که هرچه اهداکننده جوان‌تر باشد، شوک فقدان شدیدتر بوده و احتمال تمایل خانواده اهداکننده به مشاهده ثمره اهدای عضو، و دریافت قدردانی با برقراری تماس بیشتر است [۲۲، ۲۳].

نکته قابل‌توجه دیگر، تأثیر زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی بر پیامدهای تماس است. یافته‌های این مرور نشان می‌دهد پیامدهای روان‌شناختیِ تماس میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو، صرفاً پدیده‌ای فردی نیست، بلکه در بستر فرهنگی، مذهبی و قانونی هر جامعه شکل می‌گیرد. تفاوت در نظام‌های ارزشی، نگرش به مرگ، مفهوم بدن، و ساختارهای حمایتی اجتماعی می‌تواند بر تجربه تماس تأثیر بگذارد که در ادامه به چند مورد با اهمیت اشاره می‌شود:

ایران

در مطالعات انجام‌شده در ایران [۱۹، ۲۶]، تماس بیشتر در چارچوب معنابخشی مذهبی و مفهوم «صدقه جاریه» تفسیر شده است. در این زمینه فرهنگی، اهدا اغلب به‌عنوان عملی معنوی تلقی می‌شود و تماس می‌تواند به تقویت این معنا و کاهش رنج سوگ کمک کند. خانواده‌های اهداکننده در ایران بیشتر از «ادامه حیات معنوی» عزیز از دست‌رفته سخن گفته‌اند و تجربه تماس را در راستای آرامش درونی و رضایت اخلاقی توصیف کرده‌اند. درعین‌حال، حساسیت‌های اجتماعی مرتبط با حفظ آبرو، تفاوت‌های مذهبی یا طبقاتی، و نگرانی از قضاوت اجتماعی نیز در برخی موارد موجب احتیاط در برقراری تماس شده است.

کلمبیا

در مطالعات انجام‌شده در کلمبیا [۲۸، ۲۹]، تأکید بیشتری بر ابعاد عاطفی و انسانی تماس مشاهده می‌شود. در این مطالعات، ملاقات اغلب با هدف ایجاد پیوند انسانی و بازسازی امید صورت گرفته است. بااین‌حال، تفاوت‌های اجتماعی یا اقتصادی میان دو خانواده گاه به ناهمسازی انتظارات و تجربه ناامیدی منجر شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد نابرابری‌های اجتماعی می‌تواند بر کیفیت تجربه تماس تأثیرگذار باشد.

اسرائیل

مطالعه انجام‌شده در اسرائیل [۲۲، ۲۳] نشان داد چارچوب قانونی و ساختار رسمی سازمان‌های پیوند نقش مهمی در تنظیم تماس دارد. در این بستر، تماس‌ها غالباً از طریق مکانیسم‌های رسمی و با نظارت سازمانی انجام می‌شود. یافته‌ها نشان داد نگرانی درباره مرزهای رابطه و احتمال وابستگی یا دخالت، از دغدغه‌های مهم بوده است. این امر می‌تواند بازتابی از فرهنگ نسبتاً فردگرا و تأکید بر حریم شخصی در این جامعه باشد.

یافته‌های این مطالعه عمدتاً از کشورهای غربی مانند انگلستان، ایالات متحده آمریکا و اسرائیل به دست آمده است. مقایسه یافته‌ها نشان می‌دهد تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی در جوامع شرقی و مذهبی، مانند ایران، می‌تواند تأثیرات متفاوتی بر پیامدهای روان‌شناختی تماس میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو داشته باشد. در جوامع غربی، به‌ویژه در کشورهایی با فرهنگ فردگرا، ممکن است تماس‌ها بیشتر به‌عنوان فرصتی برای ابراز قدردانی شخصی و حفظ ارتباط با فرد متوفی تلقی شوند، اما در جوامع شرقی و مذهبی، مانند ایران، فرهنگ جمع‌گرا و باورهای مذهبی می‌توانند تأثیر زیادی بر نحوه تجربه این تماس‌ها داشته باشند؛ به‌عنوان‌مثال در ایران و بسیاری از کشورهای اسلامی، اعتقاد به تداوم آثار معنوی و پاداش اخروی ناشی از عمل نیک، و نیز استمرار نمادین حیات فرد متوفی از طریق اهدای عضو، می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی متمایزی برای خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو به همراه داشته باشد. همچنین در فرهنگ‌های جمع‌گرا، ممکن است افراد تحت فشار خانواده یا جامعه برای برقراری تماس قرار گیرند که این می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی متفاوتی نسبت به جوامع فردگرا داشته باشد. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد پیامدهای تماس را نمی‌توان مستقل از زمینه اجتماعی تفسیر کرد. نگرش به بدن پس از مرگ، مفهوم مالکیت عضو، نقش خانواده در تصمیم‌گیری، و میزان فردگرایی یا جمع‌گرایی جامعه، همگی در شکل‌گیری تجربه روان‌شناختی دخیل هستند. لذا لازم است مطالعات بیشتری در جوامع شرقی و مذهبی انجام شود.

یکی از عوامل تعیین‌کننده در موفقیت یا شکست تماس میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو، کیفیت واسطه‌گری تیم‌های اهدا و پیوند است. این تیم‌ها با ایجاد چارچوبی ایمن و محترمانه، تنظیم انتظارات و مدیریت هیجانات، نقشی اساسی در هدایت این فرایند ایفا می‌کنند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد مداخله فعال و حرفه‌ای تیم پیوند می‌تواند به کاهش پیامدهای روان‌شناختی منفی و افزایش رضایت از تجربه تماس منجر شود. واسطه‌گری مؤثر مستلزم ارزیابی آمادگی روان‌شناختی طرفین، آموزش درباره پیامدهای احتمالی تماس، مدیریت مرزهای رابطه و حفظ حریم خصوصی، ارائه حمایت در طول تعامل به‌ویژه در ملاقات‌های حضوری و پیگیری پس از تماس است. در مقابل، فقدان مدیریت ساختارمند، ازجمله ارزیابی ناکافی، آموزش محدود، نبود نظارت و ناتوانی در مدیریت تعارضات فرهنگی یا اجتماعی، می‌تواند تماس را به منبعی از استرس و اضطراب تبدیل کند و پیامدهای نامطلوبی برای هر دو طرف به همراه داشته باشد.

اگرچه تماس خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو در برخی موارد می‌تواند پیامدهای مثبت داشته باشد و کمی از درد و رنج دو طرف بکاهد، اما به دلایلی که ادامه خواهد آمد، وجود این پیامدهای مثبت را نمی‌توان به‌عنوان شاهد کافی برای تجویز کلی برقراری تماس بین خانواده فرد اهداکننده و دریافت‌کننده اندام محسوب کرد:

-اکثر مصاحبه‌ها با عضوی از خانواده که متقاضی اولیه برقراری تماس بوده، انجام گرفته و او نیز از نتیجه ملاقات راضی بوده است، اما اغلب با سایر افراد خانواده (پدر، خواهر ، برادر و غیره) مصاحبه‌ای صورت نگرفته و علی‌رغم این احتمال که ممکن است یک یا چند نفر از آن‌ها از نتیجه ملاقات ناخرسند باشند، از ارزیابی آن‌ها در مورد پیامدهای ملاقات اطلاعاتی در دست نیست.

- درحالی‌که در بیشتر مطالعات انجام‌شده، به پیامدهای بعد از اولین تماس پرداخته‌شده اما پیامدهای بلندمدت این تماس‌ها مورد توجه قرار نگرفته است. درواقع برخی از پیامدهای بلندمدت (چه مثبت چه منفی)، با گذشت زمان خود را نشان می‌دهد و ممکن است نظر افراد در مورد تماس، متفاوت از مصاحبه اول شود.

- باوجود پیامد مثبت برای یکی از دو طرف (گیرنده یا اهداکننده)، ممکن است برقراری تماس برای طرف دیگر پیامدهای منفی در پی داشته باشد [۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۳۰]. در برخی از خانواده‌های اهداکننده به دنبال آشنایی، نگرانی از پس زدن پیوند به وجود آمده بود [۳، ۳۳]. همچنین در برخی خانواده‌ها، تماس باعث تازه شدن دوباره داغ آن‌ها شده است (فلاش بک) [۴]. احساس درد ناشی از دیدن ادامه زندگی گیرنده به قیمت مرگ عزیزشان [۳]، تازه شدن احساس ازدست دادن و سوگ دوباره [۵، ۸]. ناامیدی برخی از اهداکنندگان از تأمین شدن انتظاراتشان در مورد ویژگی‌های هویت گیرنده عضو مثل سن، جنسیت به این معنی که بسیاری از خانواده‌های اهداکننده تصور می‌کردند گیرنده باید هم سن و هم جنس فرد فوت شده باشد و در اکثر موارد این انتظار برآورده نمی‌شد [۵].

-درحالی‌که در اکثر موارد، اعضای بدن یک فرد متوفی به چند گیرنده متفاوت اهدا می‌شود، اما تاکنون تفاوت تجربه تماس خانواده اهداکننده با چند گیرنده مختلف مورد بررسی قرار نگرفته است.

نکته قابل‌توجه، ضرورت بررسی پیامدهای بلندمدت تماس است. یکی از خلأهای مهم در مطالعات موجود، فقدان داده‌های طولی درباره پیامدهای تماس میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان

عضو است. بیشتر پژوهش‌های واردشده به این مرور، پیامدهای کوتاه‌مدت یا واکنش‌های اولیه پس از اولین تماس را بررسی کرده‌اند، درحالی‌که تجربه روان‌شناختی تماس ممکن است در گذر زمان دچار تغییر شود؛ برای‌مثال، تماس اولیه ممکن است با احساس آرامش، رضایت یا معنابخشی همراه باشد، اما در بلندمدت می‌تواند به شکل‌گیری وابستگی‌های عاطفی پیچیده، نگرانی‌های مداوم درباره وضعیت سلامت گیرنده، یا بازفعال‌سازی دوره‌ای سوگ منجر شود. به‌طور مشابه، گیرندگان عضو ممکن است در ابتدا تجربه قدردانی و تسکین داشته باشند، اما در ادامه با احساس گناه پایدار یا فشار روانی ناشی از انتظارات ادراک‌شده مواجه شوند.

ازآنجاکه سوگ، سازگاری با پیوند عضو و شکل‌گیری روابط بین‌فردی فرآیندهایی پویا و زمان‌مند هستند، ارزیابی پیامدهای تماس بدون پیگیری طولی، تصویری ناقص از اثرات واقعی آن ارائه می‌دهد. بنابراین، نبود مطالعات طولی باید به‌عنوان یکی از محدودیت‌های کلیدی ادبیات موجود در نظر گرفته شود.

مطالعات واردشده به این مرور نظام‌مند، دو نوع روش تحقیق کیفی و کمی داشتند. لذا نوع داده از نظر قابلیت تعمیم و قدرت شواهد تفاوت‌های اساسی دارد. یافته‌ها براساس نوع مطالعه به دو دسته تقسیم می‌شوند:

شواهد کیفی

شواهد کیفی در ۶ مقاله از مجموع ۷ مقاله واردشده موجود است. مطالعات کیفی عمدتاً از مصاحبه‌های عمیق و روش‌های پدیدارشناسی برای بررسی تجربیات روان‌شناختی افراد استفاده کرده‌اند. این مطالعات بیشتر بر تجربه‌های فردی، احساسات و واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به تماس‌های انجام‌شده تمرکز دارند. به‌دلیل ماهیت کیفی این داده‌ها، قدرت تعمیم نتایج محدود است و تنها می‌توان به توصیف تجربیات فردی و تمایلات عاطفی اعضای خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو پرداخت. مطالعات کیفی نشان داده‌اند تماس‌ها می‌توانند پیامدهای مثبت و منفی متعددی داشته باشند، ازجمله تسکین سوگ و اضطراب، اما نتایج به‌شدت تحت تأثیر انتظارات فردی و آمادگی روان‌شناختی طرفین قرار دارند.

شواهد کمی

تنها یک مطالعه کمی در این مرور نظام‌مند واردشده است که از یک مطالعه مقایسه‌ای براساس پرسش‌نامه‌های ساختاریافته استفاده کرده است. این مطالعه توانسته است به‌طور دقیق‌تری برخی از پیامدهای روان‌شناختی تماس‌ها را اندازه‌گیری کند، مانند کاهش اضطراب و افزایش رضایت از پیوند. بااین‌حال، به‌دلیل محدودیت‌های طراحی مطالعه و عدم وجود گروه‌های کنترل، قدرت تعمیم این یافته‌ها به جمعیت‌های گسترده‌تر محدود است. مطالعات کمی عموماً می‌توانند نشان دهند تماس می‌تواند تأثیرات روان‌شناختی مثبت بر روی گیرندگان و خانواده‌های اهداکننده بگذارد، اما این تأثیرات به شواهد بیشتر و تحقیق در جمعیت‌های بزرگ‌تر نیاز دارند تا به‌طور قطعی به اثبات برسند.

باتوجه‌به محدود بودن تعداد مطالعات و نیز تفاوت‌های فرهنگی میان جوامع موردبررسی نمی‌توان یافته‌های این پژوهش را به تمامی کشورها و زمینه‌های فرهنگی تعمیم داد. افزون‌براین، در ترکیب و تفسیر شواهد باید به تفاوت میان داده‌های کیفی و کمی توجه داشت. شواهد کیفی از قدرت تبیینی و عمق تحلیلی بیشتری در فهم تجارب و واکنش‌های فردی برخوردارند، اما تعمیم‌پذیری محدودتری دارند، درحالی‌که شواهد کمی قابلیت تعمیم بالاتری ارائه می‌دهند، اما در بازنمایی ظرایف عاطفی و روان‌شناختی کمتر دقیق‌اند. براین‌اساس، یافته‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند و برای دستیابی به نتایج جامع‌تر، انجام مطالعات آتی با رویکردهای ترکیبی[14] و حجم نمونه بزرگ‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

یافته‌های این مرور نشان می‌دهد ادبیات موجود درباره تماس میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو هنوز در مرحله شکل‌گیری است. حجم نمونه‌های کوچک، تمرکز بر پیامدهای کوتاه‌مدت، و نبود چارچوب‌های نظری منسجم برای تحلیل نقش فرهنگ، از نشانه‌های این مرحله نوپا است. بنابراین، نتیجه‌گیری‌های قطعی درباره سودمندی یا آسیب‌زایی تماس در شرایط مختلف هنوز زودهنگام است.

نتیجه‌گیری

بررسی مطالعات نشان می‌دهد روند ارتباط میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو در بسیاری از کشورها روشن و نظام‌مند نیست. چندین مطالعه نیز به‌صراحت بر ضرورت تدوین یک راهنمای جامع و استاندارد تأکید کرده‌اند.

باتوجه‌به پیامدهای مثبت و منفی گزارش‌شده، طراحی یک دستورالعمل مبتنی بر شواهد ضروری به نظر می‌رسد. چنین راهنمایی می‌تواند به مدیریت بهتر تماس‌ها کمک کند و از بروز پیامدهای منفی پیشگیری کرده یا شدت آن‌ها را کاهش دهد. لذا لازم است در طراحی این دستورالعمل موارد زیر لحاظ شود:

-به چالش‌های ایجادشده در مطالعات قبلی پاسخ داده شود (آیا اجازه تماس داده شود؟ در چه مواردی اجازه تماس داده شود؟ کدام عضو خانواده تصمیم‌گیرنده باشد؟ و غیره)

-آموزش کافی برای روش تماس و پیش‌بینی پیامدهای احتمالی (برای‌مثال، یکی از تبعات منفی برای گیرنده‌ها، وابستگی و کنترل‌گری خانواده اهداکننده است. لازم است خانواده اهداکننده در این موارد آموزش داده شوند و در مورد نیاز گیرنده به داشتن هویت مستقل به آن‌ها توضیح داده شود.) لحاظ شود.

14. mixed-method

-تفاوت‌های فرهنگی و تفاوت در قوانین اهدا عضو در پیامدها بی‌تأثیر نیست. نتایج ممکن است قابل تعمیم به فرهنگ‌های مختلف نباشد. باتوجه‌به اینکه فرهنگ از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است، بنابراین انجمن‌های اهدای عضو و اعضای تیم پیوند، باید رویکرد خود را با جامعه قومی-فرهنگی که خانواده اهداکننده و گیرنده از آن آمده‌اند، تنظیم کنند. و لازم است به غیر از یک دستورالعمل کلی جهانی، هر کشور دستورالعمل‌های مکمل خود را نیز طراحی کند.

-قوانین اهدای عضو در کشورهای مختلف متفاوت است و این تفاوت در طراحی دستورالعمل تماس لازم است لحاظ شود؛ برای‌مثال در برخی کشورها امکان اهدای عضو برون مرزی وجود دارد که این می‌تواند بر فرایند تماس تأثیر گذار باشد.

-رفع برخی از نیازهای خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو، با روش‌هایی غیر از تماس مستقیم مثل ارسال نامه ناشناس، دلجویی، همدلی و حمایت‌های روان‌شناختی خانواده‌های اهداکننده و گیرنده‌ها نیز میسر می‌باشد. لازم است دستورالعملی که طراحی می‌شود شامل روش‌های تماس غیر مستقیم نیز باشد.

مطالعه حاضر فقط در مواردی انجام‌شده که موفق به تماس شدند. موارد زیادی هستند که متقاضی تماس هستند اما اجازه تماس به آن‌ها داده نشده است. برای طراحی دستورالعمل جامع تماس خانواده‌های اهداکننده و افراد گیرنده عضو، پیشنهاد می‌شود مطالعه دیگری در مواردی که موفق به تماس نشده‌اند نیز انجام شود.

همان‌طور که در قسمت یافته‌ها ذکر شد، هرچه اهداکننده متوفی جوان‌تر باشد، احتمال بیشتری دارد خانواده او نامه تشکری از گیرنده عضو دریافت کنند، و شوک مرگ ناگهانی‌شان به خانواده‌شان شدیدتر می‌شود و احتمالاً تمایل خانواده به ملاقات گیرنده عضو، و دریافت تسلیت قدردانی و بیشتر می‌شود. لذا در طراحی دستورالعمل تماس، سن و سال فرد متوفی، و نیازهای ویژه خانواده او باید لحاظ شود.

باتوجه‌به یافته‌هایی که در این مطالعه مطرح شد، پیشنهاد می‌شود مدلی مبتنی بر حفاظت، محرمانه بودن، استقلال و آزادی انتخاب‌های آگاهانه برای تماس خانواده‌های اهداکننده و گیرنده‌ها ارائه شود. موارد زیر برای طراحی این مدل پیشنهاد می‌شود:

راهکارهایی برای تقویت واسطه‌گری تیم اهدا

باتوجه‌به اینکه تیم‌های اهدا نقش مهمی در موفقیت یا شکست تماس ایفا می‌کنند، در طراحی دستورالعمل برای مدیریت تماس‌ها، پیشنهادهای زیر برای بهبود واسطه‌گری توسط تیم پیوند می‌توانند به بهبود کیفیت تماس‌ها، تسهیل ارتباط اولیه، و کاهش پیامدهای منفی آن‌ها کمک کنند:

- آموزش‌های تخصصی اعضای تیم اهدا درباره نحوه مدیریت احساسات و تعارضات؛

-توسعه پروتکل‌های استاندارد برای واسطه‌گری که مراحل ارزیابی، آموزش و پیگیری را مشخص کند؛

-استفاده از متخصصین مشاوره توانبخشی یا روانشناسان، به‌عنوان واسطه برای تسهیل فرآیند تماس؛

-بازبینی و ارزیابی منظم اثربخشی واسطه‌گری در بهبود پیامدهای روان‌شناختی تماس؛

-حفظ محرمانگی اطلاعات.

پیشنهاد انجام مطالعات طولی

باتوجه‌به ماهیت پویای سازگاری روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با طراحی طولی انجام شوند و پیامدهای تماس را در بازه‌های زمانی مختلف (برای مثال ۶ ماه، ۱ سال و ۳ سال پس از تماس) بررسی کنند. چنین مطالعاتی می‌توانند الگوهای تغییر در احساس گناه، اضطراب، رضایت، کیفیت زندگی و روند سوگواری را روشن سازند. همچنین استفاده از ابزارهای استاندارد سنجش سلامت روان، همراه با مصاحبه‌های کیفی عمیق، می‌تواند تصویری جامع از تجربه طولی افراد فراهم کند.

پیشنهاد گنجاندن پیگیری بلندمدت در دستورالعمل تماس

-در چارچوب دستورالعمل پیشنهادی برای مدیریت تماس، لازم است برنامه‌ای برای پیگیری روان‌شناختی بلندمدت افراد درگیر در تماس طراحی شود. این برنامه می‌تواند شامل:

-جلسات مشاوره پس از تماس

-پیگیری دوره‌ای (برای‌مثال در ۶ و ۱۲ ماه) برای پایش نشانه‌های اضطراب، سوگ پیچیده یا احساس گناه؛

-امکان دسترسی به خدمات حمایتی مشاوره در صورت بروز پیامدهای منفی دیررس.

چارچوب پیشنهادی برای طراحی دستورالعمل تماس میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو

- باتوجه‌به نقش عوامل فرهنگی، روان‌شناختی و قانونی در پیامدهای تماس، پیشنهاد می‌شود دستورالعملی چندمرحله‌ای مشابه مراحل زیر طراحی شود که شامل ارزیابی، آموزش، نظارت و پیگیری باشد.

-ارزیابی اولیه آمادگی روانی هر دو طرف (خانواده اهداکننده و گیرنده) شامل سنجش وضعیت سوگ، ارزیابی اضطراب، افسردگی یا احساس گناه، بررسی انتظارات از تماس، ارزیابی ثبات تصمیم و نبود فشار خانوادگی یا اجتماعی

در صورت وجود آسیب‌پذیری روانی قابل‌توجه، تماس باید به تعویق افتاده یا با حمایت تخصصی انجام شود.

-آموزش و آماده‌سازی پیش از تماس شامل موارد توضیح پیامدهای احتمالی مثبت و منفی تماس، تعیین مرزهای رابطه و حفظ حریم شخصی، مدیریت انتظارات واقع‌بینانه، تأکید بر استقلال هویتی گیرنده، آگاهی از تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی یا اجتماعی

-مدل تدریجی و پلکانی تماس به‌صورت مکاتبه ناشناس از طریق سازمان پیوند، تبادل نامه با رضایت دوطرفه، تماس غیرحضوری با نظارت تیم پیوند، و درنهایت ملاقات حضوری در صورت آمادگی روانی و رضایت کامل پیشنهاد می‌شود.

باتوجه‌به تنوع فرهنگی، چارچوب‌های راهنما باید با ارزش‌های مذهبی و فرهنگی هر جامعه سازگار شوند، تفاوت‌های قانونی در زمینه محرمانگی و افشای هویت را لحاظ کنند، حساسیت‌های مرتبط با طبقه اجتماعی، قومیت و باورهای دینی را در نظر بگیرند، پیش از تماس، ارزیابی فرهنگی و آمادگی روانی انجام دهند. درنتیجه، هر کشور علاوه‌بر تبعیت از اصول کلی اخلاقی، نیازمند تدوین راهنمای بومی‌شده برای مدیریت تماس میان خانواده‌های اهداکننده و گیرندگان عضو است.

تعیین چارچوب تماس

مداخله در صورت بروز تعارض یا فشار روانی

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده

برای گسترش تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جوامع شرقی و مذهبی، نیاز است مطالعات مشابه در این جوامع انجام شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده شامل موارد مطالعات تطبیقی بین‌فرهنگی، پژوهش‌های بومی، تحلیل تفاوت‌های فرهنگی باشند. همچنین برای افزایش قدرت شواهد و قابلیت تعمیم، مطالعات ترکیبی[15] به‌صورت ترکیب داده‌های کیفی و کمی می‌تواند دیدگاه جامع‌تری از پیامدهای روان‌شناختی تماس ارائه دهد. همچنین مطالعاتی در مورد خانواده‌های اهداکننده و گیرنده‌هایی که تماس نداشته‌اند نیز انجام شود تا پازل طراحی مدل تماس کامل‌تر شود.

محدودیت‌ها

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در تفسیر نتایج باید مدنظر قرار گیرد:

-علی‌رغم تلاش‌های نویسندگان برای دست‌یابی به مقالات، عدم دسترسی به نسخه کامل تعداد معدودی مقاله، از محدودیت‌های این پژوهش بود.

-ناهمگونی روش‌شناختی مطالعات، محدود بودن تعداد آن‌ها (۷ مطالعه)، و حجم کم نمونه برخی از آن‌ها تعمیم نتایج را با احتیاط همراه می‌سازد

-اکثر مطالعات، پیامدهای کوتاه‌مدت تماس را بررسی کرده‌اند و اطلاعات اندکی درباره پیامدهای روان‌شناختی پایدار یا تأخیری در دست است.

-نبود مطالعات طولی در پژوهش‌های موجود یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این حوزه است. این امر تفسیر قطعی درباره سودمندی یا آسیب‌زایی تماس را با احتیاط همراه می‌سازد.

-تأثیر تفاوت‌های فرهنگی کشورهای مختلف در پیامدهای تماس، امکان تحلیل عمیق بین‌فرهنگی را محدود کرده است.

-در بسیاری از مطالعات، ارزیابی تجربه تماس عمدتاً از دیدگاه فرد متقاضی تماس انجام شده و تجربه سایر اعضای خانواده کمتر مورد بررسی قرار گرفته است.

-درمجموع، این محدودیت‌ها نشان می‌دهد یافته‌های حاضر باید به‌عنوان شواهد اولیه در حوزه‌ای نوظهور تلقی شوند و نیازمند تقویت با پژوهش‌های گسترده‌تر و طراحی‌های روش‌شناختی قوی‌تر هستند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه بخشی از رساله دکتری پژوهشگر با دریافت کد اخلاق (IR.USWR.REC.1401.174) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است.

حامی مالی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری شادی نوروزعلی رشته مشاوره توانبخشی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است. مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، حامی مالی این مطالعه بود.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، ترکیب نتایج: شادی نوروزعلی، بهمن بهمنی و منوچهر ازخوش؛ روش‌شناسی: شادی نوروزعلی، محمدسعید خانجانی و کیانوش عبدی؛ تحلیل داده‌ها: شادی نوروزعلی، بهمن بهمنی، کیانوش عبدی، کتایون نجفی‌زاده و امید قبادی؛ نگارش پیش‌نویس اولیه: شادی نوروزعلی، بهمن بهمنی و محمدسعید خانجانی؛ بازبینی و ویرایش: کیانوش عبدی، کتایون نجفی‌زاده، امید قبادی؛ نظارت: بهمن بهمنی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

15. Mixed-Method

References

[1] World Health Organization. WHO guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation . Geneva: World Health Organization; 2010. [Link]

[2] Bielov DM, Petsa DD, Svyshcho VY, Novytsky VV. The human right to transplantation of organs and tissues: Medicine, ethics and law. Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland : 1960). 2022; 75(10):2519-24. [DOI:10.36740/WLek202210138] [PMID]

[3] De Santo NG, Cirillo M, De Santo LS, Abbas MH, De Rosa G, Resic H, et al. Legislative proposal in Italy to facilitate contacts between deceased organ donor families and transplant recipients. Journal of Nephrology. 2020; 33(6):1333-42. [DOI:10.1007/s40620-020-00824-y] [PMID]

[4] Ono VC, Ramalho FS, Rocha JN, Martins AC, Ramalho LN, Zucoloto S, et al. Communication between organ donor families and recipients: A definitely controversial subject. Transplantation Proceedings. 2008; 40(3):663-4. [DOI:10.1016/j.transproceed.2008.02.033] [PMID]

[5] Petrini C, Green R, Scarabelli A. [Organ donor families should be free to meet their recipients under controlled conditions if both sides wish, Italian National Committee for Bioethics says (Italian translation by A. Scarabelli) (Italian)]. Giornale Italiano di Nefrologia : Organo Ufficiale Della Societa Italiana di Nefrologia. 2019; 36(6):2019-vol6. [PMID]

[6] Politoski G, Coolican M, Casey K. Perspectives on communication issues among transplant and procurement professionals, transplant recipients, and donor families. Journal of Transplant Coordination. 1996; 6(2):78-83. [DOI:10.7182/prtr.1.6.2.g487230152800076] [PMID]

[7] Grinyó JM. Why is organ transplantation clinically important? Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine. 2013; 3(6):a014985. [DOI:10.1101/cshperspect.a014985] [PMID]

[8] Kiani M, Abbasi M, Ahmadi M, Salehi B. Organ transplantation in Iran; current state and challenges with a view on ethical consideration. Journal of Clinical Medicine. 2018; 7(3):45. [DOI:10.3390/jcm7030045] [PMID]

[9] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Sciences Policy; Committee on Issues in Organ Donor Intervention Research. Opportunities for Organ Donor Intervention Research: Saving Lives by Improving the Quality and Quantity of Organs for Transplantation. Liverman CT, Domnitz S, Childress JF, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2017. [DOI:10.17226/24884] [PMID]

[10] Can F, Hovardaoglu S. Organ Donation: A Comparison of Donating and Nondonating Families in Turkey. Transplantation Proceedings. 2017; 49(9):1969-74. [DOI:10.1016/j.transproceed.2017.09.032] [PMID]

[11] Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Young WL. Anesthesia E-Book. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2009. [Link]

[12] Rodrigue JR, Cornell DL, Howard RJ. Organ donation decision: Comparison of donor and nondonor families. American Journal of Transplantation. 2006; 6(1):190-8. [DOI:10.1111/j.1600-6143.2005.01130.x] [PMID]

[13] West R, Burr G. Why families deny consent to organ donation. Australian Critical Care. 2002; 15(1):27-32. [DOI:10.1016/S1036-7314(02)80041-8] [PMID]

[14] Bartucci MR, Seller MC. A study of donor families' reactions to letters from organ recipients. Transplantation Proceedings. 1988; 20(5):786-90. [PMID]

[15] Bailey P, Vergis N, Allison M, Riddell A, Massey E. Psychosocial evaluation of candidates for solid organ transplantation. Transplantation. 2021; 105(12):e292-e302. [DOI:10.1097/TP.0000000000003732] [PMID]

[16] Engle D. Psychosocial aspects of the organ transplant experience: What has been established and what we need for the future. Journal of Clinical Psychology. 2001; 57(4):521-49. [DOI:10.1002/jclp.1027] [PMID]

[17] Kuntz K, Weinland SR, Butt Z. Psychosocial challenges in solid organ transplantation. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2015; 22(2-3):122-35. [DOI:10.1007/s10880-015-9435-6] [PMID]

[18] Rainer JP, Thompson CH, Lambros H. Psychological and psychosocial aspects of the solid organ transplant experience--a practice review. Psychotherapy (Chic). 2010; 47(3):403-12. [DOI:10.1037/a0021167] [PMID]

[19] Abedi HA, Mohammadi M, Abdeyazdan G. [The experience of brain death patients' families regarding communication and familiarity with the family and the receptor of the body tissue (Persian)]. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2012; 13(1):90-8. [Link]

[20] Albert P. Direct contact between donor families and recipients: Crisis or consolation? Journal of Transplant Coordination. 1998; 8(3):139-44. [DOI:10.1177/090591999800800303]

[21] Albert PL. Clinical decision making and ethics in communications between donor families and recipients: How much should they know? Journal of Transplant Coordination. 1999; 9(4):219-24. [DOI:10.7182/prtr.1.9.4.75r22071pv3l1p06] [PMID]

[22] Azuri P, Tabak N, Kreitler S. Contact between deceased donors' families and organ recipients. Progress in Transplantation. 2013; 23(4):342-9. [DOI:10.7182/pit2013708] [PMID]

[23] Azuri P, Tabak N. The transplant team's role with regard to establishing contact between an organ recipient and the family of a cadaver organ donor. Journal of Clinical Nursing. 2012; 21(5-6):888-96. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2011.03822.x] [PMID]

[24] Dicks SG, Northam H, van Haren FM, Boer DP. An exploration of the relationship between families of deceased organ donors and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. Health Psychology Open. 2018; 5(1):2055102918782172. [DOI:10.1177/2055102918782172] [PMID]

[25] Lewino D, Stocks L, Cole G. Interaction of organ donor families and recipients. Journal of transplant Coordination. 1996; 6(4):191-5. [DOI:10.7182/prtr.1.6.4.u776852611u0286v] [PMID]

[26] Mohammadi Dastja M, Abedi HA, Abdeyazdan G. [Emotional and psychological experiences of transplanted patients in communicating with families of brain-dead donors (Persian)]. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2013; 2(4):277-83. [Link]

[27] Olson B, Coolican M, Del Gotto J. Transplant recipients and donor families: Should they meet? Nephrology News & Issues. 1992; 6(6):22-40. [PMID]

[28] Colarusso C. Giving back to donor families: The "Thank you letter" package insert project. Progress in Transplantation. 2006; 16(1):82-6. [DOI:10.1177/152692480601600115] [PMID]

[29] Clayville L. When donor families and organ recipients meet. Journal of Transplant Coordination. 1999; 9(2):81-6. [DOI:10.7182/prtr.1.9.2.0046q06v05v6652v] [PMID]

[30] Corr CA, Coolican MB, Moretti LS, Simon R. Donor families, distinctive secondary losses, and "second death" experiences. Progress in Transplantation. 2011; 21(3):220-7. [DOI:10.1177/152692481102100307] [PMID]

[31] Wind T, Jansen N, Flodén A, Haase-Kromwijk B, Shaw D, Gardiner D. An inventory of deceased donor family care and contact between donor families and recipients in 15 European countries. Transplant International. 2022; 35:10188. [DOI:10.3389/ti.2021.10188] [PMID]

[32] Vajentic A. Correspondence and personal contact between donor families and organ recipients: One OPO's procedure and experience. Journal of Transplant Coordination. 1997; 7(3):106-10. [DOI:10.7182/prtr.1.7.3.y71142l18j6k4067] [PMID]

[33] Nilsson M, Forsberg A, Lennerling A, Persson LO. Coping in relation to perceived threat of the risk of graft rejection and Health-Related Quality of Life of organ transplant recipients. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2013; 27(4):935-44. [DOI:10.1111/scs.12007] [PMID]